

## 【登録時調査票】

 班研究登録番号  
 (記入不要)

 登録  
 年月日

19□□年□□月□□日

記入日：19 年 月 日

 糖尿病における血管合併症の発症予防と進展  
 抑制に関する調査  
 細小血管症・大血管症共同研究調査票

医療機関名		科 名	
フリガナ		貴施設における 本研究の最終 責任者名	
記入者名	(印)		

フリガナ		貴院での ID No.	
患者氏名			
生年月日	19□□年□□月□□日	性 別	1□ 男 2□ 女

糖尿病と診断された時期	19□□年□□月	糖尿病病型	1□ NIDDM 2□ IDDM 3□ その他
-------------	----------	-------	-------------------------

既往症・併発症 (糖尿病、血管障害 以外の主要なもの 3つ以内)	1.	右眼	1□ あり 2□ なし 3□ 不明
	2.	白内障の手術 既往歴	19□□年□□月□□日
	3.		左眼
			19□□年□□月□□日

登録時分類	I 細小血管症および大血管症の両者を追跡	1. ライフスタイル 中央管理	I-1
		2. ライフスタイル非中央管理	I-2
	II 細小血管症のみを追跡	1. ライフスタイル 中央管理	II-1
		2. ライフスタイル非中央管理	II-2
	III 大血管症のみを追跡	1. ライフスタイル 中央管理	III-1
		2. ライフスタイル非中央管理	III-2

患者連絡先	自宅住所 〒	TEL	-	-	
その他昼間の 連絡先	1□ 連絡可 2□ 連絡不可	住所 〒	TEL	-	-

患者同意	同意取得日	19□□年□□月□□日
	1□ 文書 【1□本人 2□代理人等(続柄)】	
	2□ 口頭 【理由：	】

必須項目：1～4は必ず実施願います。

## 【1. 登録時臨床所見】

測定日	19□□年 □□月□□日
身長 (cm)	
体重 (kg)	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	(記入不要)
ウエスト (cm)	
ヒップ (cm)	
ウエスト/ヒップ	(記入不要)
指示カロリー	<input type="checkbox"/> 指示あり (□□□□kcal) <input type="checkbox"/> 指示なし 理由： <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

## 【2. 登録時検査所見】

検査日	19□□年 □□月□□日
血圧 収縮期 (mmHg)	
拡張期 (mmHg)	
血糖値 空腹時 (mg/dl)	
HbA <sub>1c</sub> (stable) (%)	
血清総コレステロール (mg/dl)	
血清中性脂肪 (空腹時) (mg/dl)	
血清HDL-コレステロール (mg/dl)	
Lp (a) (mg/dl)	
空腹時血清CPR (ng/ml)	
空腹時血清IRI (μU/ml)	

## 【3. 胸部×線】

撮影日：	19□□年□□月□□日
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大動脈石灰化あり <input type="checkbox"/> その他特記すべき所見	所見： <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

任意項目：4の1～3は可能な限り実施願います。

## 【4. その他の検査成績】

## 1. マスター運動負荷心電図

<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	施行年月日： 19□□年□□月□□日
方法	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル <input type="checkbox"/> トリプル <input type="checkbox"/> その他 (      )
成績	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> border line <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能

## 2.トレッドミル運動負荷心電図

1 <input type="checkbox"/> 実施	2 <input type="checkbox"/> 未実施	施行年月日： 19□□年□□月□□日		
成績	1 <input type="checkbox"/> 陰性	2 <input type="checkbox"/> border line	3 <input type="checkbox"/> 陽性	4 <input type="checkbox"/> 判定不能

## 3.耐糖能検査

1. 初診時	(1 <input type="checkbox"/> 50 2 <input type="checkbox"/> 75 3 <input type="checkbox"/> 100 4 <input type="checkbox"/> 食事負荷 5 <input type="checkbox"/> 未測定)			
施行年月日： 19□□年□□月□□日				
	0	30分	60分	120分
血糖値 (mg/dl)				
IRI ( $\mu$ U/ml)				
CPR (ng/ml)				
その他 ( )				
2. 登録時 *	(1 <input type="checkbox"/> 50 2 <input type="checkbox"/> 75 3 <input type="checkbox"/> 100 4 <input type="checkbox"/> 食事負荷 5 <input type="checkbox"/> 未測定)			
施行年月日： 19□□年□□月□□日				
	0	30分	60分	120分
血糖値 (mg/dl)				
IRI ( $\mu$ U/ml)				
CPR (ng/ml)				
その他 ( )				

\*登録時はできるだけ75gGTTを実施する。

必須項目：5の1～3は必ず実施願います。

## 【5. 糖尿病性合併症】

## 1. 糖尿病性神経症

検査日	19□□年□□月□□日
アキレス腱反射	1 <input type="checkbox"/> 正常 2 <input type="checkbox"/> 低下 3 <input type="checkbox"/> 消失 4 <input type="checkbox"/> 亢進 5 <input type="checkbox"/> 判定不能 (理由： )
膝蓋腱反射	1 <input type="checkbox"/> 正常 2 <input type="checkbox"/> 低下 3 <input type="checkbox"/> 消失 4 <input type="checkbox"/> 亢進 5 <input type="checkbox"/> 判定不能 (理由： )
異常知覚	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり (症状： )

## 2.糖尿病性腎症

検査日	19□□年□□月□□日
血清クレアチニン (Cr) (mg/dl)	
BUN (mg/dl)	

検査日	1回目	2回目
	19□□年□□月□□日	19□□年□□月□□日
尿蛋白* (随時尿) *試験紙法による 1.- 2.± 3.+ 4.++以上	1□ 2□ 3□ 4□	1□ 2□ 3□ 4□
尿沈渣 (尿蛋白が±以上の場合に必須) 1 正常 2 異常 3 未測定	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□
尿沈渣異常の場合 赤血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□
白血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□

検査日	1回目	2回目	平均値
	19□□年□□月□□日	19□□年□□月□□日	
尿アルブミン (随時尿) 尿アルブミン(Alb)濃度 (mg/l)			
尿Cr濃度 (g/l)			
尿Alb/Cr (mg/gCr)			
尿沈渣 1.正常 2.異常 3.未測定	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	
尿沈渣異常の場合 赤血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	
白血球 1.<10/HPF 2.10~50/HPF 3.>50/HPF	1□ 2□ 3□	1□ 2□ 3□	

## 3. 糖尿病性網膜症

ステージ	眼底検査所見	登録時 (19□□年□□月□□日)			
		右眼		左眼	
1	点状出血	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	斑状出血	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	硬性白斑	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
2	軟性白斑	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
3	IRMA	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	静脈奇形	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
4	新生血管	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	網膜前増殖組織	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	硝子体出血	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	網膜剥離	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
重症度ステージ*		1□ ステージ0 ** 2□ ステージ1 3□ ステージ2 4□ ステージ3 5□ ステージ4 6□ 判定不能 (理由: )		1□ ステージ0 ** 2□ ステージ1 3□ ステージ2 4□ ステージ3 5□ ステージ4 6□ 判定不能 (理由: )	

\* 本研究班における重症度ステージに従う。

\*\* ステージ0: 糖尿病性網膜症所見なし

ステージ2以上の場合は蛍光眼底を施行

ステージ	眼底検査所見	実施日 (19□□年□□月□□日)			
		右眼		左眼	
2	網膜毛細血管床閉塞領域 (NP) が2象限以内	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
3	NPが3象限以上	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	IRMA	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
	静脈奇形	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
4	新生血管	1□ -	2□ +	1□ -	2□ +
重症度ステージ*		1□ ステージ2 2□ ステージ3 3□ ステージ4 4□ 判定不能 (理由: )		1□ ステージ2 2□ ステージ3 3□ ステージ4 4□ 判定不能 (理由: )	

\*本研究班における重症度ステージに従う。

両眼のうち眼底検査あるいは蛍光眼底検査での 最重症度ステージ*	1 <input type="checkbox"/> ステージ 0    2 <input type="checkbox"/> ステージ 1    3 <input type="checkbox"/> ステージ 2
	4 <input type="checkbox"/> ステージ 3    5 <input type="checkbox"/> ステージ 4    6 <input type="checkbox"/> 判定不能
	判定不能理由： <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

\*本研究班における重症度ステージに従う。

眼底写真の有無 ** (細小血管症の追跡例では必須)	右 眼	1 <input type="checkbox"/> なし    2 <input type="checkbox"/> あり	(撮影日: 19 年 月 日)
	左 眼	1 <input type="checkbox"/> なし    2 <input type="checkbox"/> あり	(撮影日: 19 年 月 日)

\*\*撮影方法は調査実施計画書の別紙3に従って施行する。

【6. 登録時の治療薬剤】

糖尿病 治療用薬	インスリン	1 <input type="checkbox"/> 投与なし    2 <input type="checkbox"/> 投与あり	
	経口 糖尿病薬	SU剤	1 <input type="checkbox"/> 投与なし    2 <input type="checkbox"/> 投与あり
		α-グルコシターゼ阻害剤	1 <input type="checkbox"/> 投与なし    2 <input type="checkbox"/> 投与あり
		インスリン感受性改善薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし    2 <input type="checkbox"/> 投与あり
	アルドース還元酵素阻害剤	1 <input type="checkbox"/> 投与なし    2 <input type="checkbox"/> 投与あり	
降圧薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし		
	2 <input type="checkbox"/> 投与あり	1 <input type="checkbox"/> ACE阻害剤                      2 <input type="checkbox"/> Ca拮抗剤                      3 <input type="checkbox"/> β-遮断薬 4 <input type="checkbox"/> α-遮断薬                      5 <input type="checkbox"/> α, β-遮断薬                      6 <input type="checkbox"/> 利尿剤 7 <input type="checkbox"/> その他	
		その他の降圧薬： <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
高脂血症 治療用薬	1 <input type="checkbox"/> 投与なし		
	2 <input type="checkbox"/> 投与あり	1 <input type="checkbox"/> HMG CoA還元酵素阻害剤                      2 <input type="checkbox"/> クロフィブラート剤 3 <input type="checkbox"/> プロブコール                      4 <input type="checkbox"/> ニコチン酸製剤 5 <input type="checkbox"/> その他	
		その他の高脂血症治療用薬： <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

## 【 心 電 図 】

検査日 : 19□□年□□月□□日	
心房細動	1□なし      2□あり
$S_{V1} + R_{V5 \text{ or } V6} > 35\text{mm}$ または $R_{V5 \text{ or } V6} > 26\text{mm}$	1□なし      2□あり
ST低下 (STseg平低または下降型)	1□なし      2□あり
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">ありの場合</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>①□ <math>ST \downarrow \geq 2.0\text{mm}</math></li> <li>②□ <math>1.0 \leq ST \downarrow &lt; 2.0</math></li> <li>③□ <math>0.5 \leq ST \downarrow &lt; 1.0</math></li> <li>④□ <math>ST \downarrow &lt; 0.5</math></li> </ul>
T波逆転または平低化	1□なし      2□あり
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">ありの場合</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>①□ 陰性T <math>\geq 5\text{mm}</math></li> <li>②□ <math>1 \leq</math> 陰性T <math>&lt; 5</math></li> <li>③□ <math>1 \leq</math> 2相性T <math>&lt; 5</math></li> <li>④□ 陰性T <math>&lt; 1</math></li> <li>⑤□ 2相性T <math>&lt; 1</math></li> <li>⑥□ T平低 (零)</li> <li>⑦□ <math>T/R &lt; 1/20</math></li> <li>⑧□ <math>T/R &lt; 1/10</math></li> </ul>
その他の特記すべき所見 (不整脈、伝導障害など)	

## 3年次：追跡調査票

JDCStudy

## 調査対象期間

1998年4月1日～1999年3月31日

## 調査票提出期間

1999年4月1日～1999年6月30日

中央登録番号	0000
登録時分類	細小・大血管症群 介入群

医療機関名 ・科名	朝日生命糖尿病研究所		003
フリガナ 記入者名	(印)	貴施設に於ける 本研究の 最終責任者名	赤沼 安夫

フリガナ 患者氏名	*** ****	カルテ番号	XXX-XX-XXX
	〇〇 〇〇〇		

## I. 患者の生存：回答必須項目

1. 死亡 → 右欄に記入 2. 生存 } → IIへ 3. 不明 } 転院後死亡の場合 → II Aと右欄へ
来院頻度(1998. 4. 1～1999. 3. 31) 1. 1ヶ月に1回以上 2. 3ヶ月に1回～1ヶ月に1回未満 3. 6ヶ月に1回～3ヶ月に1回未満 4. 6ヶ月に1回未満

死亡日	199 年 月 日
死 因	1. 心血管障害死 2. 突然死 3. その他[ ] 4. 不明
直接死因と なった疾患名	

→ 9ページの心血管障害の発症に  
回答して下さい

## II. 患者の移動

1. あり(最終来院日: 199 年 月 日) → 下記に記入 2. なし } → III(次頁)へ 3. 不明 }
--

## II A. 転院

転院先医療機関名・科名	
主治医名	転院先主治医に本患者が本研究の追跡対象であることを: 1. 通知し追跡の了解を得た 2. 通知したが追跡の了解は得られず 3. 通知していない 4. その他[ ]
転院先医療機関住所 〒	

## II B. 転居

患者連絡先	自宅住所	TEL	-	-
	〒			
その他昼間 の連絡先	1. 連絡可	住所	TEL	-
	2. 連絡不可	〒		-



Ⅲ. この1年間の検査成績：回答必須項目

Ⅲ-1. 臨床所見 できるだけ他の検査項目と同時に行って下さい

検査日	必 須			
	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日
体重 (kg)				
ウエスト (cm)				
ヒップ (cm)				
ウエスト/ヒップ比				

Ⅲ-2. 検査所見

検査日	必 須			
	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日
必 須 項 目	血圧 収縮期 (mmHg)			
	拡張期 (mmHg)			
	空腹時血糖値 (mg/dl)			
	HbA1c (stable) (%)	必須	必須	
	血清総コレステロール (mg/dl)			
	血清中性脂肪 (空腹時) (mg/dl)			
	血清HDLコレステロール (mg/dl)			
	Lp(a) (mg/dl)			
	空腹時血清CPR (ng/ml)			
空腹時血清IRI ** (μU/ml)				

\* やむを得ず未記入となる場合には理由を余白にご記入下さい      \*\*インスリン治療中の場合は不要

登録分類 I, Ⅲ(大血管症追跡例) → Ⅲ-3(必須項目)へ  
 登録分類 II(細小血管症追跡例) → IV(次頁)へ

Ⅲ-3. 胸部X線：登録分類 I, Ⅲ(大血管症追跡例)では必須項目

撮影日： 199 年 月 日	1. 正常 2. 大動脈石灰化あり 3. その他特記すべき所見 所見：
----------------------	--

登録分類Ⅰ,Ⅱ(細小血管症追跡例) → Ⅳへ  
 登録分類Ⅲ(大血管症追跡例) → Ⅴ(7<sup>ページ</sup>)へ

Ⅳ. 糖尿病性合併症：登録分類Ⅰ,Ⅱ(細小血管症追跡例)では必須項目

Ⅳ-1. 糖尿病性神経症(1回は必ず実施して下さい)

検査日	必 須	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日
	199 年 月 日			
アキレス腱反射	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進
	6. 判定不能 判定不能の理由:			
膝蓋腱反射	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進	1. 正常 2. 低下 3. 消失 4. 亢進
	6. 判定不能 判定不能の理由:			
異常知覚	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
	症状:			

Ⅳ-2. 糖尿病性腎症

血液検査日	必 須	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日	199 年 月 日
	199 年 月 日				
血清クレアチニン(Cr) (mg/dl)					
BUN (mg/dl)					

\* CrとBUNの記入欄を間違えないようにして下さい

IV-3. 尿検査

IV-3A. 尿蛋白

検査日	必須	必須	199 年 月 日	199 年 月 日
	199 年 月 日	199 年 月 日		
尿蛋白* (随時尿) * 試験法による マイナス -の場合IV-3Bへ	1. -	1. -	1. -	1. -
	2. ±	2. ±	2. ±	2. ±
	3. +	3. +	3. +	3. +
	4. ++以上	4. ++以上	4. ++以上	4. ++以上
尿沈査 (尿蛋白±以上 の場合に必須)	1. 正常 →IV-3B	1. 正常	1. 正常	1. 正常
	2. 異常	2. 異常	2. 異常	2. 異常
尿沈査異常の場合 赤血球	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF
	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR
	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF
白血球	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF	1. <10/HPF
	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR	2. 10~50/HPR
	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF	3. >50/HPF

IV-3B. 尿アルブミン・クレアチニン比

検査日	必須	必須	199 年 月 日	199 年 月 日
	199 年 月 日	199 年 月 日		
α 随時尿 尿アルブミン濃度 (Alb) (mg/l)	mg/l	mg/l	mg/l	mg/l
	尿Cr濃度 (g/l)	g/l	g/l	g/l
β 尿Alb/Cr (mg/gCr)	mg/gCr	mg/gCr	mg/gCr	mg/gCr

\* [α (尿Alb濃度と尿Cr濃度)]を記入するか、[αの一方とβ (尿Alb/Cr比)]を記入して下さい。

尿Alb/Crが300mg/gCr以上が連続2回観察された場合 → IV-3C(必須)へ  
その他の場合 → IV-4(次頁)へ

IV-3C. 蓄尿

検査日	必須	必須	199 年 月 日	199 年 月 日
	199 年 月 日	199 年 月 日		
夜間尿(蓄尿) 開始時刻				
排尿時刻 終了時刻				
蓄尿時間 (時間)	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分
尿量 (l)				
尿アルブミン濃度 (mg/l)				
尿Cr濃度 (g/l)				
尿Alb/Cr (mg/gCr)	(記入不要)	(記入不要)	(記入不要)	(記入不要)
尿アルブミン(Alb) (mg/日) * 下式参照				

\* [尿Alb濃度 × 尿量 × 24 / 蓄尿時間]

## IV-4. 糖尿病網膜症

この1年間の 白内障手術の有無	右眼	左眼
	1. なし 2. あり → IV-6へ (手術日: 199 年 月 日)	1. なし 2. あり → IV-6へ (手術日: 199 年 月 日)

## IV-4A. 眼底検査所見

ステージ	眼底検査所見	実施日(199 年 月 日)	
		右眼	左眼
1	点状出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	斑状出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	硬性白斑	1. - 2. +	1. - 2. +
2	軟性白斑	1. - 2. +	1. - 2. +
3	IRMA	1. - 2. +	1. - 2. +
	静脈変形	1. - 2. +	1. - 2. +
4	新生血管	1. - 2. +	1. - 2. +
	網膜前増殖組織	1. - 2. +	1. - 2. +
	硝子体出血	1. - 2. +	1. - 2. +
	網膜剥離	1. - 2. +	1. - 2. +
重症度ステージ*		0. ステージ0 1. ステージ1 } → IV-5へ 2. ステージ2 3. ステージ3 } → IV-4Bへ 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由: )	0. ステージ0 1. ステージ1 } → IV-5へ 2. ステージ2 3. ステージ3 } → IV-4Bへ 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由: )
*本研究における 重症度ステージに従う (全て「-」→ステージ0)			

## IV-4B. 蛍光眼底所見 (実施できない場合は欄外下に理由を記入して下さい)

ステージ	眼底検査所見	実施日(199 年 月 日)	
		右眼	左眼
2	網膜毛細血管床 閉塞領域(NP) が2象限以内	1. - 2. +	1. - 2. +
3	NPが3象限以上	1. - 2. +	1. - 2. +
	IRMA	1. - 2. +	1. - 2. +
	静脈変形	1. - 2. +	1. - 2. +
4	新生血管	1. - 2. +	1. - 2. +
重症度ステージ*		2. ステージ2 3. ステージ3 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由: )	2. ステージ2 3. ステージ3 4. ステージ4 5. 判定不能 (理由: )
*本研究における 重症度ステージに従う			

## 蛍光眼底が実施できない理由

1. 主治医の判断
2. 患者の同意が得られない
3. その他[ ]

## IV-5. 眼底写真 :登録分類 I,II (細小血管症追跡例)では必須項目

眼底写真の有無**	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (撮影日:199 年 月 日)	2. あり (撮影日:199 年 月 日)	

\*\*撮影方法は調査実施計画書の別紙3に従って下さい

## IV-6. この一年間の眼科検査・治療

網膜光凝固の有無	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (施行日:199 年 月 日)	2. あり (施行日:199 年 月 日)	
	(施行日:199 年 月 日)	(施行日:199 年 月 日)
	(施行日:199 年 月 日)	(施行日:199 年 月 日)

内眼手術の有無	右 眼	左 眼
	1. なし	1. なし
2. あり (施行日:199 年 月 日)	2. あり (施行日:199 年 月 日)	
	(施行日:199 年 月 日)	(施行日:199 年 月 日)
	(施行日:199 年 月 日)	(施行日:199 年 月 日)

V. 治療薬剤：回答必須項目

V-1. 糖尿病治療用薬

薬剤の種類		現在の処方状況		
		前年より変更なし	この1年間での処方変更あり	
インスリン		1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日
経口 糖尿病薬	SU剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日
	α-グルコシターゼ 阻害剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日
	インスリン	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日
	感受性改善薬 ビグアナイド剤	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日
アルドース還元酵素阻害剤		1. 投与なし	3. 投与中止	中止日 199 年 月 日
		2. 投与あり	4. 投与開始	開始日 199 年 月 日

V-2. 降圧薬

現在の処方状況	この1年間での処方変更：種類は1～7のコードでご記入下さい		
1. 投与なし  2. 投与あり 1. ACE阻害剤 2. Ca拮抗剤 3. β-遮断薬 4. α-遮断薬 5. α,β-遮断薬 6. 利尿剤 7. その他〔 〕	処方を中止 した降圧薬	種類	中止日 199 年 月 日
		種類	中止日 199 年 月 日
		種類	中止日 199 年 月 日
	処方を開始 した降圧薬	種類	開始日 199 年 月 日
		種類	開始日 199 年 月 日
		種類	開始日 199 年 月 日

V-3. 高脂血症治療薬

現在の処方状況	この1年間での処方変更：種類は1～5のコードでご記入下さい		
1. 投与なし  2. 投与あり 1. HMG CoA還元 酵素阻害剤 2. フィブレート剤 3. プロブコール 4. ニコチン酸製剤 5. その他〔 〕	処方を中止 した高脂血症 治療薬	種類	中止日 199 年 月 日
		種類	中止日 199 年 月 日
		種類	中止日 199 年 月 日
	処方を開始 した高脂血症 治療薬	種類	開始日 199 年 月 日
		種類	開始日 199 年 月 日
		種類	開始日 199 年 月 日

## V-4. 抗凝固薬・抗血小板薬

薬剤の種類	現在の処方状況		
	前年より変更なし	この1年間での処方変更あり	
抗凝固薬	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日199 年 月 日
	2. 投与あり	4. 投与開始	開始日199 年 月 日
抗血小板薬	1. 投与なし	3. 投与中止	中止日199 年 月 日
	2. 投与あり	4. 投与開始	開始日199 年 月 日

登録分類 I, III (大血管症追跡例) → VI (必須) → VII (必須) → 終了  
 登録分類 II (細小血管症追跡例) → VI (任意) → VII (任意) → 終了

## VI. 心電図：登録分類 I, III (大血管症追跡例)では必須項目

検査日：199 年 月 日	
心房細動	1. なし 2. あり
$S_{V1} + R_{V5}$ or $v_6 > 35\text{mm}$ または $R_{V5}$ or $v_6 > 26\text{mm}$	1. なし 2. あり
ST低下 (STseg平低または下降型)	1. なし 2. あり <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>ST\downarrow \geq 2.0\text{mm}</math></li> <li>2. <math>1.0 \leq ST\downarrow &lt; 2.0</math></li> <li>3. <math>0.5 \leq ST\downarrow &lt; 1.0</math></li> <li>4. <math>ST\downarrow &lt; 0.5</math></li> </ol>
T波逆転または平低化	1. なし 2. あり <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 陰性T <math>\geq 5\text{mm}</math></li> <li>2. <math>1 \leq \text{陰性} &lt; 5</math></li> <li>3. <math>1 \leq 2\text{相性T} &lt; 5</math></li> <li>4. 陰性T <math>&lt; 1</math></li> <li>5. 2相性T <math>&lt; 1</math></li> <li>6. T平低(零)</li> <li>7. <math>T/R &lt; 1/20</math></li> <li>8. <math>T/R &lt; 1/10</math></li> </ol>
Q・QS異常 (WPWがあればとらない)	1. なし 2. あり <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qの幅 <math>\geq 0.05\text{秒}</math> (<math>aV_F</math> にQのあるIII, <math>aV_F</math>)</li> <li>2. Qの幅 <math>\geq 0.04\text{秒}</math> (I, II, <math>R \geq 0.3\text{mV}</math>の <math>aV_L, V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6, V_7</math>)</li> <li>3. Qの幅 <math>\geq 0.03\text{秒}</math>, かつ <math>Q/R \geq 1/3</math> (I, II, <math>V_2, V_3, V_4, V_5, V_6</math>)</li> <li>4. 右寄りの胸部誘導にR波があるときのQS波 (<math>V_2, V_3, V_4, V_5, V_6</math>)</li> <li>5. QS波 (左脚ブロックのないときIIIと <math>aV_F, V_1 \sim V_4, V_1 \sim V_5</math>)</li> </ol>
その他特記すべき所見 (不整脈、伝導障害など)	

VII. 大血管障害の発症 : 登録分類 I, III (大血管症追跡例) では必須項目

大血管障害の発症の有無		1. なし 2. あり → 下記の質問に回答して下さい
虚血性心疾患	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 199 年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見 安静時心電図変化 1. なし 2. あり 負荷心電図異常所見 1. なし 2. あり 血清CPK上昇 1. なし 2. あり その他( )
診断名 1. 心筋梗塞 2. 狭心症 3. 無症候性心筋梗塞 4. その他		
脳血管障害	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 199 年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見: CTでの異常所見 1. なし 2. あり MRIでの異常所見 1. なし 2. あり その他[ ]
診断名 1. 脳血栓 2. 脳梗塞 3. 無症候性脳梗塞 4. 分類不能の脳梗塞 5. 脳出血 6. くも膜下出血 7. TIA 8. その他		
閉塞性動脈硬化症	1. なし 2. あり	発症日(診断日): 199 年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 臨床症候・検査所見: 間歇性跛行 1. なし 2. あり 壊疽・潰瘍 1. なし 2. あり 動脈拍動左右差 (部位: 動脈) 1. なし 2. あり 血管撮影による判定 1. なし 2. あり 動脈血管雑音 (部位: 動脈) 1. なし 2. あり 動脈石灰化 1. なし 2. あり
その他 [ ]		発症日(診断日): 199 年 月 日 1. 臨床症状の推移: 診断根拠 2. 検査所見:



## JDCStudy 脱落症例連絡票

JDCStudy 本郷事務局 Fax. 03-3815-2720

登録時分類と追跡群(該当するものに○をつけてください)

分類: 細小・大血管症 / 細小血管症 / 大血管症

追跡群: 介入群 / 非介入群

中央登録番号:

--	--	--	--

患者氏名: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_

担当医師名: \_\_\_\_\_ (印)

理由: 1. 転院・転居 (最終来院日:199 年 月 日)

2. 来院しない (最終来院日:199 年 月 日)

3. 同意の撤回 (撤回日 :199 年 月 日)

5. 死亡 (死亡日 :199 年 月 日)

6. その他[ ]

## 資料 5

登録時アンケート用紙

最近のあなたの生活状況についてお尋ねします。以下の質問の答えに適當と思われる番号に○印をつけ、( )内に必要な事柄を記入して下さい。また、質問の内容がよく分からないときは必ず主治医に相談して記入して下さい。

あなたのお名前は ( )

あなたのかかっている病院の名前は ( )

このアンケート用紙に記入した年月日は (19 年 月 日)

### 【嗜好について】

#### 1. 喫煙していますか？

1. 一度も吸わない
2. 吸っていたが止めた (喫煙開始 歳～禁煙 歳、禁煙年月 19 年 月、当時の喫煙量 本/日)
3. 現在も吸う (喫煙開始 歳、現在の喫煙量 本/日)
4. その他 (具体的に )

#### 2. 飲酒について

1. 習慣的には飲まない
2. 以前は飲んでいたが現在は飲まない (禁酒年月 19 年 月)
3. 飲む

3. 飲むと答えた人はどの位の頻度で飲みますか。該当する数字に○印を付けて下さい

- 1) ビール (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)
- 2) ワイン (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)
- 3) 日本酒 (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)
- 4) 焼酎 (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)
- 5) ウイスキー、ブランデー (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)
- 6) その他 ( ) (1. 毎日 2. 週3～4日 3. 週1～2日 4. 月1～3日 5. 月1日未満)

3. 飲むと答えた人は飲む日には何をどの位を飲みますか。

- 1) ビール：大瓶 (750ml) で ( ) 本
- 2) ワイン：グラスで ( ) 杯
- 3) 日本酒： ( ) 合
- 4) 焼酎： ( ) 合 (割る前の量を記載)
- 5) ウイスキー、ブランデー： ( ) ml (割る前の量を記載)
- 6) その他 ( ) : 量 ( ) (ml)

次の頁に続く)

【家族歴】 親族の方の病気について伺います。(注：下記の回答欄中の非該当とは例えば兄弟なら兄弟がいない場合をさします)

1.糖尿病の方が親族にいますか？

- 1.父 (1.あり 2.なし 3.不明) 2.母 (1.あり 2.なし 3.不明) 3.あなたを除く兄弟に (1.あり 2.なし 3.不明)  
4.非該当) 4.子供に (1.あり 2.なし 3.不明 4.非該当) 5.祖父母4人に (1.あり 2.なし 3.不明)  
6.その他誰が ( )

2.高血圧の方が親族にいますか？

- 1.父 (1.あり 2.なし 3.不明) 2.母 (1.あり 2.なし 3.不明) 3.あなたを除く兄弟に (1.あり 2.なし 3.不明)  
4.非該当) 4.子供に (1.あり 2.なし 3.不明 4.非該当) 5.祖父母4人に (1.あり 2.なし 3.不明)  
6.その他誰が ( )

3.高脂血症の方が親族にいますか？

- 1.父 (1.あり 2.なし 3.不明) 2.母 (1.あり 2.なし 3.不明) 3.あなたを除く兄弟に (1.あり 2.なし 3.不明)  
4.非該当) 4.子供に (1.あり 2.なし 3.不明 4.非該当) 5.祖父母4人に (1.あり 2.なし 3.不明)  
6.その他誰が ( )

4.狭心症や心筋梗塞の方が親族にいますか？

- 1.父 (1.あり 2.なし 3.不明) 2.母 (1.あり 2.なし 3.不明) 3.あなたを除く兄弟に (1.あり 2.なし 3.不明)  
4.非該当) 4.子供に (1.あり 2.なし 3.不明 4.非該当) 5.祖父母4人に (1.あり 2.なし 3.不明)  
6.その他誰が ( )

5.脳卒中の方が親族にいますか？

- 1.父 (1.あり 2.なし 3.不明) 2.母 (1.あり 2.なし 3.不明) 3.あなたを除く兄弟に (1.あり 2.なし 3.不明)  
4.非該当) 4.子供に (1.あり 2.なし 3.不明 4.非該当) 5.祖父母4人に (1.あり 2.なし 3.不明)  
6.その他誰が ( )

【職業】 あなたの職業は次のどれに当たりますか？

- 1.専門的、技術的職業従事者 2.管理的職業従事者 3.事務従事者 4.販売従事者 5.サービス職業従事者 6.保安職業  
従事者 7.農林漁業作業者 8.運輸、通信従事者 9.技能工、採掘・製造・建設作業者及び労務作業者 10.その他の職  
業 ( ) 11.無職(主婦も含む)

【最高学歴】 あなたの最終学歴は下のどれですか？

- 1.中学校以下 2.高校 3.大学 4.大学院 5.専門、職業学校 (1.中卒後 2.高卒後 3.大卒後) 6.その他 ( )

【既往歴】 あなたが以前にあるいは現在、指摘されている病気についてお尋ねします。

- 1.あなたの過去の最高体重は？ kg ( 歳頃)  
2.高血圧 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃、降圧剤を投与されていますか？ (1.あり 2.なし 3.不明)]  
3.分らない  
3.高脂血症 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃、高脂血症剤を投与されていますか？ (1.あり 2.なし 3.不明)]  
3.分らない  
4.狭心症 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃] 3.分らない [次の頁に続く]

5.心筋梗塞 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃] 3.分からない

6.脳卒中 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃] 3.分からない

脳卒中の詳しい病名が分かる場合、次のどれですか？ [1.脳血栓 2.脳塞栓 3.脳出血 4.くも膜下出血

5.その他 ( )]

7.閉塞性動脈硬化症 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃] 3.分からない

8.腎疾患 1.なし 2.あり [発症：19 年 月頃] 3.分からない

腎疾患の詳しい病名が分かる場合、病名をご記入ください [ ]

【生活形態】最近の生活は規則的ですか？

[1.規則的 2.どちらかと言うと規則的 3.やや不規則 4.不規則]

【食事療法遵守度】食事療法はうまく守れていますか？

[1.よく守った 2.どちらかと言うとよく守った 3.あまり守れなかった 4.まったく守れなかった]

【運動の励行度】最近、運動は十分にできていますか？

1.よく運動した 2.どちらかと言うとよく運動した 3.あまり運動しなかった 4.まったく運動しなかった

5.非該当 [1.運動を禁じられた 2.身体障害で運動できない 3.その他 ( )]

【最近行っている運動とその量】最近、どのような運動をどれくらい行っていますか？-複数回答でもかまいません

1.通常速度の歩行 を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

2.早足歩行 を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

3.ジョギング を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

4.ゴルフ を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

5.テニス を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

6.水泳 を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

7.エアロビクス を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

8.ダンベル運動 を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

9.サイクリングまたは自転車こぎ を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

10.その他 ( ) を (1.週1回未満 2.週1~3回 3.週4~6回 4.毎日)

やる日は1日当たり (1.~30分 2.30~60分 3.60~120分 4.120分~)

(次に頁に続く)